Aus der chirurgischen Abteilung des Martin-Luther-Krankenhauses
Berlin-Grunewald
Chefarzt: Prof. Dr. Nordmann

Über Befunde in der Bauchhöhle bei epigastrischen Hernien

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung des Medizinischen Doktorgrades
an der
Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin

vorgelegt von
ALEXANDER CHRISTE
aus Hanau a. Main

Tag der Promotion: 11. Mai 1940

Buchdruckerei Franz Linke, Berlin NW 7, Marienstr. 13

M 58

Gedruckt mit Genehmigung

der

Medizinischen Fakultät der Universität Berlin

Dekan: Prof. Dr. Kreuz

Referent: Prof. Dr. Rostock

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Ueber Befunde in der Bauchhöhle bei epigastrischen Hernien.

Jahr für Jahr werden sicherlich nicht nur auf unsere chirurgische Abteilung, sondern auch in andere Krankenhäuser Kranke eingeliefert mit Bauchbeschwerden, die auf eine bestimmte Organerkrankung hinweisen, und die in der Vorgeschichte angeben, vor kürzerer oder längerer Zeit an einer epigastrischen Hernie operiert zu sein. Ferner werden immer wieder Kranke der chirurgischen Station seitens der behandelnden Aerzte überwiesen, mit der Diagnose epigastrische Hernie zwecks Operation derselben. Es ist augenscheinlich in der Aerzteschaft zu wenig bekannt, daß die epigastrische Hernie an sich nur in einer geringen Minderzahl der Fälle die eigentliche und alleinige Ursache von Bauchbeschwerden ist. So zeigt auch das bisherige Schrifttum, daß man sich bis vor nicht allzu langer Zeit über die epigastrischen Hernien und deren Zusammenhänge mit Organerkrankungen der Bauchhöhle ein recht unklares Bild machte.

Zuerst wurde im Jahre 1785 von August Gottlieb Richter in „Abhandlung von den Brüchen" auf die epigastrischen Hernien aufmerksam gemacht. Er beschreibt schon damals die typischen starken Begleiterscheinungen, die in keinem Verhältnis zu dem Bruch selbst zu stehen scheinen: „Es werden diese Brüche ungemein oft nicht entdeckt, und die Zufälle, die sie erregen, anderen Ursachen zugeschrieben. Und dieser Irrthum kostet dem Kranken gemeinniglich die Gesundheit, ja wohl gar das Leben. So nöthig ist es, bey allen Krankheiten und Beschwerden des Darmkanals jedes Mal vor allem anderen wohl zu untersuchen, ob ein verborgener Bruch die Ursach ist."

Französische Autoren waren es besonders, die sich mit den Brüchen in der Linea alba beschäftigt haben. In der Mitte des 18. Jahrhunderts wurde eine Gruppe der uns interessierenden Bruchart in den Vordergrund gestellt durch Garengeot; er meinte, weil die Funktion des Magens gestört zu sein schien, der Magen müsse den Inhalt der Brüche bilden.

Günz (Leipzig) wandte sich gegen diese Meinung. Er glaubte, Colon transversum oder Netz wären der Inhalt der Brüche.

Im Jahre 1851 unterschied Vidal erstmalig zwischen wirklichen Hernien und Fettbrüchen. —

Witzel (1890) forderte eine Modifikation der Anschauung der damaligen Lehr- und Handbücher der Chirurgie, es sei die epigastrische Hernie ein seltener Bruch. Er unterschied zwischen Brüchen, die traumatischen Ursprungs sein sollen, und zweitens einer Gruppe von Fällen, bei denen das Leiden im Anschluß an eine innere Infektion und durch diese bedingt entstanden war. Allen Fällen gemeinsam war ein Symptomenkomplex mit vorwiegend gastrischen Erscheinungen. Er ist der Auffassung, manches „dunkle" Magenleiden hätte seine Ursache in einer epigastrischen Hernie. Hierbei treten nach seiner Meinung frühzeitig nervöse Störungen auf, Koliken, Auftreibung des Leibes, Blähungen, Verdauungsschwäche. Als Erster schildert Witzel das Zusammentreffen einer epigastrischen Hernie mit einem Befund in der Bauchhöhle, nämlich die Beobachtung eines Pylorus-Carzinoms bei einer epigastrischen Hernie. Er beschreibt außerdem einen Fall von Lücke, welcher eine Kombination eines Ulcus ventriculi mit einer epigatrsischen Hernie angab. Auf Grund dieser Beobachtungen fordert Witzel sorgfältige Berücksichtigung etwaiger Erkrankungen des Intestinaltractes.

Kelling (1900) unterschied zwei verschiedene Arten von epigastrischen Hernien, die klinisch und anatomisch auseinander zu halten sind.

Erstens echte Brüche, also eine Spalte in der Bauchwand mit Ausstülpung des Peritoneums. Daher Beobachtung aller Erscheinungen, die echte Brüche machen: Vorwölbung beim Husten Einlagerung von Netz- oder Intestinalteilen und Verwachsungen dieser Teile mit der Bruchpforte.

Hier ist die Operation angezeigt, wenn der Bruch Beschwerden macht, bei Kontraktion der Bauchmuskeln oder wenn Beschwerden bestehen, die auf Einklemmung von Netz hinweisen oder auf Adhäsionen, oder wenn an der Bruchpforte ein Reizzustand durch besondere Druckempfindlichkeit nachgewiesen werden kann. Verhält sich der Bruch indifferent, dann ist es auch nicht nötig, zu operieren.

Eine andere sehr häufige Gruppe der Hernia epigastrica sind die Brüche, die nur aus präperitonealen Fettklümpchen bestehen, also eigentlich den Namen Bruch garnicht verdienen. —

Wie er sich die Schmerzhaftigkeit der epigastrischen Hernien und ihre Folgen auf den Magen vorstellt, ist weiter unten beschrieben.

Capelle berichtete (1909) über die bisher geübte Behandlung der epigastrischen Hernie. Wohl war der Kontrast der meist kleinen Brüche zu den vielgestaltigen Klagen schon immer aufgefallen. Man hoffte aber, durch Exstirpation des kleinen Lipoms das Leiden zu beseitigen. Die bisher guten Ergebnisse, die Bogajewski (zehn Fälle durch Operation geheilt), die Kocher'sche Klinik, Lindenstein und andere mitteilten, schienen mit der Beseitigung des Lipoms auch die Heilung zu bringen. Auch Capelle sah anfangs gute Erfolge. In seinem Bericht über 48 Fälle wurde zehnmal die Bauchhöhle eröffnet. Eine gewisse Zeit nach der Operation klagten aber 40 Prozent wieder über die gleichen Beschwerden wie vordem. Von zwölf Patienten, die nachuntersucht wurden, ergab sich bei sieben Patienten, daß die Beschwerden von intraabdominellen Leiden stammten. Bei vier anderen, die nicht zur Nachuntersuchung kamen, die aber bald starben, wird von Capelle Magencarzinom angenommen. Auf Grund dieser Erfahrungen fordert Capelle bei jeder epigastrischen Hernie, die mit Magensymptomen einhergeht, die Probelaparatomie.

Auch von Hornberg sind bei 22 epigastrischen Hernien sieben beschrieben, die bald nach der Operation starben, worunter sich bestimmt ein Magencarzinom befand. Lindenstein beschreibt bei dreizehn Fällen ein Ca. des Magens.

Melchior (1920) glaubte die mannigfachen Beschwerden bei der epigastrischen Hernie wie Koliken, Schmerzen, die ausstrahlen in den Kopf, in die Brust, in die Arme, in die Schenkel, in den Mastdarm, in die Blase, Klagen über blutige Diarrhoen können nicht durch den Bruch ausgelöst werden; denn es handelt sich ja sehr selten um adhärente Netzgipfel, die die Beschwerden erklären könnten. Auch wird von ihm der Zug am Peritoneum abgelehnt. Es fehlt daher seiner Meinung nach jede plausible Erklärung für das klinische Verhalten der epigastrischen Hernie. Melchior lehnt jeden Zusammenhang von organischen Erkrankungen mit der epigastrischen Hernie ab. Bei den bisher übersehenen Erkrankungen der Verdauungsorgane handele es sich um grobe Verwechselungen; auch hätten sich die Erfolge seit Einführung der Probelaparatomie nicht entscheidend gebessert. Er schätzt die Zahl der Brüche, die berechtigte Beschwerden hervorrufen, auf höchstens 10 Prozent, während eine neurasthenisch-hypochondrische Konstitution die Grundlage für den großen Symptomenkomplex bildet, den die ärztliche Suggestion aus einer geringfügigen Affektion veranlaßt.

Naegelle (1920) fordert ebenso wie Melchior eine schärfere Indikationsstellung der Operation. Bei 67 operierten Fällen von epigastrischen Hernien handelte es sich in 41 Fällen nur um präperitoneale Lipome. In 26 Fällen war ein Bruchsack vorhanden. Bei neun Fällen ergab sich ein abdominaler Befund; das sind 11 Prozent aller Fälle. Es fanden sich sechs perigastrische Verwachsungen, eine chronische Cholezystitis, eine vergrößtere Lymphdrüse an der großen Kurvatur des Magens.

Smidt (1922) stellte zum ersten Mal die Frage, ob es möglich ist, mittels Anamnese und klinischen Untersuchungsmethoden ein Ulcus ventriculi oder duodeni auszuschließen, womit die Forderung der unbedingten Probelaparatomie keine Berechtigung mehr hätte. Er betonte, daß an der Jenaer Klinik (Professor Gulecke) grundsätzlich bei jeder Magenerkrankung auf das Vorhandensein von Hernien der Linea alba geachtet wurde und daß bei jedem Fall von epigastrischen Hernien klinisch und röntgenologisch auf eine etwa bestehende Magenerkrankung gefahndet wurde. Weiter wurde jede Operation der epigastrischen Hernie mit einer Probelaparatomie verbunden.

Dabei ergaben sich folgende Zahlen: Es wurden in zwei Jahren 109 Ulcus-Fälle operiert, im gleichen Zeitraum wurden 44 epigastrische Hernien operiert. 23 Fälle zeigten eine Kombination von Ulcus mit epigastrischer Hernie; das bedeutet also, daß bei 12,1 Prozent aller operierten Ulcus-Fälle gleichzeitig eine epigastrische Hernie vorlag. Andererseits betrug der Prozentsatz der Kombination epigastrische Hernie mit Ulcus 52,3 Prozent. Dieses bedeutet die bis dahin höchste bekannte Zahl an Bauchhöhlenbefunden bei epigastrischen Hernien. Mandel konnte in 35 Prozent von epigastrischen Hernien ein Ulcus des Magens oder Duodenums finden. Enderlen fand bei 42 epigastrischen Hernien elfmal ein Ulcus, dreimal Apendicitis, dreimal Peritonitis tuberkulosa.

Smidt teilt die Fälle von epigastrischen Hernien ein in

1. solche, die unkompliziert sind. Anamnese und Operationsbefund decken sich;
2. mit Ulcus kombinierte, die schon seit längerer Zeit Digestionsbeschwerden haben;
3. eine Gruppe von unklaren Fällen. Bei dieser Gruppe kann weder durch Anamnese noch durch Untersuchungsmethoden ein Ulcus ausgeschlossen werden.

Nach Smidt besteht ein genetischer Zusammenhang zwischen Ulcus und Hernia epigastrica. Es bestünden bei Ulcus und epigastrischen Hernien ähnliche Röntgensymptombilder des Magens, und zwar soll die Peristaltik bei beiden gesteigert sein.

Was ist eine epigastrische Hernie?

Unter einer epigastrischen Hernie versteht man einen Bruch der Bauchwand, der zwischen Nabel und Schwertfortsatz des Brustbeins in der Linea alba hervortritt. Die Entstehung denkt man sich durch die anatomischen Verhältnisse der Bauchwand bedingt. Die sich in der Linea alba kreuzenden Fasern der Rectusscheiden lassen rautenförmige Spalten frei, durch die Gefäße und Nerven durchtreten. Durch diese Spalten drängt sich das präperitoneale Fett, oft einen Bruchsack nach sich ziehend. Diese Brüche können sich allmählich entwickeln oder auch plötzlich durch ein Trauma entstehen. Man unterscheidet demnach

1. echte Hernien mit Bruchsack, Bruchinhalt und Bruchpforte.
   Die Hüllen des Bruchsackes sind von innen
   a) Fascia transversalis,
   b) Fascia superficialis,
   c) Unterhautzellgewebe,
   d) Aeußere Haut.
   Der Inhalt des Bruchsackes kann bestehen aus
   a) Magen oder Darm,
   b) Netz.
2. Fettbrüche ohne Bruchsack, die nur aus präperitonealem Fett bestehen. Da diese klinisch gleiche Erscheinungen machen können wie die echten Hernien, zählt man diese Fettbrüche mit einer gewissen Berechtigung zu den epigastrischen Hernien, obwohl es keine echten Brüche sind.

Wie erklärt man sich nun die Schmerzhaftigkeit der epigastrischen Hernien, obwohl diese nicht die Ursache der Schmerzen sind und oft ein intraabdominelles Leiden?

Witzel erklärte die Beschwerden bei Brüchen mit Netzverwachsungen folgendermaßen: Zug bedingt durch den wechselnden Füllungszustand des Magens. Stärkere Füllungszustände veranlassen Zerrungen im Bruch und wohl auch reflektorische Entleerungen des Mageninhaltes. Bei kleinen, inhaltlosen Bauchbrüchen bedingte Erscheinungen von seiten des Magens reflektorisch ausgelöst. Ein Reflex auslösender Reiz besteht in der anhaltenden Zerrung des Bauchfellteiles, welcher dem durch die Lücke quellenden Fett zu folgen gezwungen sei.

Kelling gibt den Schmerzen bei den epigastrischen Hernien folgende Deutung:

Durch Reizungen der sensiblen Bauchwandnerven können Reizzustände in den sympathischen Nerven hervorgerufen werden. Die Reizung der sensiblen Nerven kommt dadurch zustande, daß durch die kleinen Spalten der Linea alba zusammen mit kleinen Fettklümpchen Gefäße und Nerven hindurchgepreßt werden. Es werde also eine Quetschung und ein Zug an den Nerven ausgeübt; die so gereizten sympathischen Nerven erklären die Druckempfindlichkeit des Plexus coeliacus (Ueberempfindlichkeit des Magens, Aufstoßen, Sodbrennen). Die Reizung der sympathischen Nerven ändere den Blutgehalt der Eingeweidegefäße, es kommt zur Anämie und schließlich zum Ulcus. Prädisponierend hierfür sei eine neurasthenische Konstitution. Diese Reizungszustände des Magens, veranlaßt durch die epigastrischen Hernien, machen es verständlich, daß sie die Entstehung eines Ulcus begünstigen und die Heilung desselben verzögern können. Kelling rät deshalb, bei epigastrischen Hernien stets an ein Ulcus zu denken.

Smidt meint ähnlich wie Kelling, daß von den Hernien ein visceraler Reiz ausgelöst wird, der sich auf nervösen Wegen dem Magen reflektorisch mitteilt. Dort kommt es zu funktioneller Leistungssteigerung, zu Spasmen und endlich zum Ulcus.

Als hierzu verwandt mag die Ansicht Rössle' angeführt sein, der das Ulcus als „zweite Krankheit" nach extragastralen Quellaffektionen auffaßt. Als solche Quellaffektion müßte man dann die epigastrische Hernie betrachten.

Soweit die bisherige Meinung und Auffassung von der Bedeutung der epigastrischen Hernien. Wir sehen, daß häufig epigastrische Hernien und intraabdominelle Leiden zusammen auftreten. Ob es sich dabei um einen Zufall handelt oder ob ein kausaler Zusammenhang besteht, ist nicht sicher zu entscheiden. Letzteres ist aber im Sinne Kelling's das Wahrscheinlichste.

Zur weiteren Klärung dieses Fragenkomplexes möge das Krankengut dienen, welches seit 1934 auf der chirurgischen Abteilung des Martin-Luther-Krankenhauses zur Beobachtung kam. Es wurden 21 Fälle von epigastrischen Hernien behandelt.

Fall 1:

Ehefrau, 51 Jahre, seit zwei Jahren über dem Nabel faustgroße Geschwulst. In den letzten Wochen jedoch erst Beschwerden.

Befund: Guter Ernährungs- und Kräftezustand. Abdomen, fett, schlaff. Oberhalb des Magens tritt beim Husten

faustgroßer Tumor hervor; er ist reponibel. Von seiten des Verdauungsapparates keine Beschwerden.

Operation: Mittellinienschnitt, typischer Bruch mit Netzinhalt. Bruchsack abgetragen, keine Laparatomie. Patientin beschwerdefrei entlassen.

Fall 2:

Arbeiter, 29 Jahre, seit drei Monaten Druck und ziehende Schmerzen im Oberbauch nach dem Essen. Unabhängig von der Wahl der Speisen. In den letzten Wochen tritt eine haselnußgroße Geschwulst zwischen Nabel und dem Brustbein auf.

Befund: Guter Ernährungs- und Kräftezustand. Abdomen, fett, schlaff, wallnußgroßer Tumor an der beschriebenen Stelle fühlbar.
Röntgenuntersuchung des Magens und Duodenums o. B.

Operation: Medianschnitt, Abtragung des Bruchsackes, der mit präperitonealem Fett gefüllt ist. Bauchhöhle nicht eröffnet. — Patient beschwerdefrei entlassen.

Fall 3:

Ehefrau, 52 Jahre, seit mehreren Jahren hat die Patientin eine taubeneigroße Geschwulst zwischen Nabel und Schwertfortsatz. Vor 1½ Jahren Koliken und Schmerzen im rechten Oberbauch. Die Schmerzen bleiben dann bestehen und werden immer heftiger.

Befund: Mäßiger Allgemeinzustand. Zwischen Nabel und Schwertfortsatz hühnereigroße Resistenz palpabel. Röntgenuntersuchung des Magens, Duodenums und Dickdarms o. B.

Operation: Medianschnitt, taubeneigroßes präperitoneales Lipom, kleinfingergroße Lücke. Netz reponiert. Keine Eröffnung der Bauchhöhle. Beschwerdefrei entlassen.

Fall 4:

Straßenbahnschaffner, 31 Jahre alt, vor vier Monaten Schmerzanfall, seit drei Monaten haselnußgroße Geschwulst, rechts oberhalb vom Nabel. Auf Magen-, Darm- und Gallenblasenleiden behandelt, dann erst die Hernie festgestellt.

Befund: Ausreichender Ernährungs- und Kräftezustand, 2 cm über dem Nabel erbsengroße Delle, bei Husten pralle Vorwölbung.
Röntgenuntersuchung des Magens Duodenums o. B.

Operation: Medianschnitt, bleistiftfingerdicke Delle in der Linea alba Bauchhöhle eröffnet. Revision des Magens, Duodenums und der Gallenblase o. B. Die Appendix ist verdickt, sie wird exstirpiert.
Beschwerdefrei nach Abheilen eines kleinen Bauchdeckenabczesses entlassen.

Fall 5:

Gastwirt, 59 Jahre alt, schon sehr lange Knoten im Oberbauch, seit acht Tagen Schmerzen, die immmer stärker werden.

Befund: Pyknischer und apoplektischer Typ. Zwischen Nabel und Schwertfortsatz kleinapfelgroßer, weicher Tumor. Bauchdeckenspannung in der Umgebung.

Operation: Medianschnitt, Bruchsack enthält inkarzerierte epigastrische Hernie (Netz mit Bruchsack verwachsen), Reposition. Keine Laparatomie.

Fall 6:

Ehefrau, 31 Jahre, seit drei Jahren Leistenbruch links und drei Querfinger über dem Nabel markstückgroße Delle. Seitdem leidet die Patientin an Magenbeschwerden. Vor zwei Monaten außerdem heftige Schmerzen im rechten Unterbauch.

Befund: Mäßiger Ernährungs- und Kräftezustand, blasses Aussehen. Oberhalb des Nabels markstückgroße Lücke fühlbar.

Operation: Medianschnitt. Präperitoneales Lipom. Eröffnung der Bauchhöhle, Revision des Magens, Duodenoms und der Gallenblase o. B.
Der chronisch entzündete Wurmfortsatz wird exstirpiert.
Die histologische Untersuchung ergibt ein Carcinoid des Wurmfortsatzes.

Fall 7:

Weber, 23 Jahre alt, seit zehn Monaten Beschwerden im Oberbauch, die vor 14 Tagen zunahmen. Kein Zusammenhang mit dem Essen, kein Sodbrennen.

Befund: Mäßiger Ernährungs- und Kräftezustand, in der Mittellinie über dem Nabel kirschgroße Geschwulst fühlbar.

Operation: Medianschnitt. Bruch mit Fettgeschwulst reseziert. Es findet sich ein Ulcus duodeni. Magenresektion nach Billroth II.
Glatte Heilung.

Fall 8:

Arbeiter, 25 Jahre alt, seit zwei Jahren nach anstrengender Arbeit Schmerzen im Oberbauch, kein Zusammenhang mit dem Essen.

Befund: Ausreichender Ernährungs- und Kräftezustand. Druckschmerz 2 cm über dem Nabel. Kleinfingerdurchgängige Delle in den Bauchdecken.

Operation: Medianschnitt. Kirschgroßes Lipom reponiert. Nähte.

Fall 9:

Arbeiter, 55 Jahre alt, vor sechs Tagen bei schwerer Arbeit plötzlich Schmerzen in der Nabelgegend. Vorwölbung sichtbar. In den nächsten Tagen wieder Schmerzen.

Befund: Mäßiger Ernährungs- und Kräftezustand. Ueber dem Nabel pflaumengroße Vorwölbung.

Operation: Medianschnitt. Präperitoneales Lipom. Bauchhöhle eröffnet. Magen, Duodenum, Gallenblase o. B. Schluß der Bauchdecken.

Fall 10:

Techniker, 66 Jahre alt, seit zehn Jahren Bruch im Oberbauch, auf starken Husten zurückgeführt. Patient hatte einen Lungenspitzenkatarrh. Bruch war einmal eingeklemmt; damals reponiert. Er ist jetzt wieder eingeklemmt. Schmerzen und Erbrechen. Reposition nicht möglich.

Befund: Patient in schlechtem Allgemeinzustand. 1 cm oberhalb des Nabels mannesfaustgroßer Tumor, der sich nicht reponieren läßt.

Operation: Medianschnitt, Bruchsack frei präpariert. Inhalt: Dünndarmschlinge. Nach Spaltung des Bruchringes reponiert. Bruchsack abgetragen. Verschluß der Bauchdecken.

Fall 11:

Ehefrau, 51 Jahre, vor 1/2 Jahr in ärztlicher Behandlung wegen Schmerzen im Leib, Uebelkeit, Apetitlosigkeit. P. T. angeblich Anacidität. Besserung durch Behandlung. Vor vierzehn Tagen plötzlich starke stechende Schmerzen im Leib. Beim Stehen Vorwölbung im Oberbauch. Patientin kann vor Schmerzen nicht gehen.

Befund: Guter Ernährungs- und Kräftezustand, starke Fettpolster. Zwei Querfinger über dem Nabel beim Stehen pflaumengroße reponible Hernie sichtbar.

Operation: Medianschnitt. Hühnereigroße Hernie freigelegt. Eröffnung der Bauchhöhle. Magen und Duodenum o. B. Gallenblase enthält einen wallnußgroßen Solitärstein. Typische Exstirpation der Gallenblase. Histologische Untersuchung von Gallenblase und Netz ergibt eine chronische Entzündung.

Fall 12:

Küchengehilfin, 27 Jahre alt, plötzlich aus heiterem Himmel Schmerzen über dem Nabel. Hervortreten einer wallnußgroßen Geschwulst mit krampfartigen Schmerzen über den ganzen Leib ausstrahlend. Eingeklemmte Hernie.

Befund: Mäßiger Allgemeinzustand. Ueber dem Nabel kleinapfelgroßer, sehr druckschmerzhafter Tumor mit tympanitischem Klopfschall.

Operation: Medianschnitt, Bruchring, markstückgroß frei präpariert. Bruchsack eröffnet. Inhalt: eine Dünndarmschlinge. Reposition. Nähte.

Fall 13:

Schlosser, 50 Jahre alt, seit drei Jahren gelegentlich, seit fünf Wochen dauernde Spannungsgefühle im Oberbauch, unabhängig vom Essen.

Befund: Guter Ernährungs- und Kräftezustand. 3 cm unter dem Schwertfortsatz des Brustbeins kastaniengroße Vorwölbung, die sich reponieren läßt. Lücke in Bauchwand tastbar.
Röntgenuntersuchung des Magens und Duodenums o. B. Ebenso chemische Untersuchung des Magensaftes o. B.

Operation: Medianschnitt. Präperitoneal taubeneigroßes Lipom, darunter markstückgroße Lücke. Lipom abgetragen. Bauchhöhle eröffnet. Magen, Duodenum, Gallenblase o. B. Schluß der Bauchdecken. Glatter Verlauf.

Fall 14:

Hauswart, 47 Jahre alt, Patient seit 20 Jahren wegen Oberbauchbeschwerden in ärztlicher Behandlung. Er mußte manchmal brechen, will auch schwarzen Stuhl gehabt haben. Wurde vor mehreren Jahren wegen einer epigastrischen Hernie operiert, ohne daß sich die Beschwerden seitdem gebessert hätten. In den letzten sechs Monaten stärkere Schmerzen nach dem Essen. Nochmals schwarzer Stuhl, 25 Pfd. in sechs Monaten abgenommen.

Befund: Sehr schlechter Allgemeinzustand. Vom Nabel aufwärts 6 cm lange Narbe von der Operation der epigastrischen Hernie. Erhebliche Druckschmerzhaftigkeit im ganzen Oberbauch.

Operation: Medianschnitt, Eröffnung der Bauchhöhle. Kardianahes großes Ulcus. Resektion nach Billroth I. Patient übersteht die Operation gut und wird geheilt entlassen.

Fall 15:

Kaufmann, 54 Jahre alt, seit einem Jahr Schmerzen in der Magengegend. Aufstoßen und Völlegefühl. Kein Erbrechen. Mit Pulvern und Stärkemitteln behandelt. Beschwerden für kurze Zeit gebessert, um dafür dann um so heftiger wieder aufzutreten. Seit zwei Wochen strahlen die Schmerzen besonders in den Rücken aus. Vor drei Wochen oberhalb des Nabels eine epigastrische Hernie entdeckt, die sich beim Husten vorwölbt.

Befund: Schlechter Ernährungs- und Kräftezustand, schlaffe Bauchdecken. Zwei Querfinger über dem Nabel epigastrische Hernie deutlich palpabel.

Operation: Medianschnitt, über dem Nabel haselnußgroßes präperitoneales Lipom. Eröffnung der Bauchhöhle. Ulcus an der kleinen Kurvatur gefunden. Magenresektion nach Billroth II. Verschluß der Bauchhöhle. Acht Tage nach der Operation nach Enterokolitis an Kreislaufschwäche zum Exitus gekommen.

Fall 16:

Ehefrau, 38 Jahre alt, vor drei Jahren Ikterus und Gallenkoliken, vor zwei Jahren das gleiche. Cholezystitis. Besserung nach Behandlung. Vor drei Monaten Druckschmerzen im Oberbauch. Seitdem immer stärker werdende Schmerzen in der Nabelgegend.

Befund: Guter Ernährungs- und Kräftezustand. Gegend um den Nabel sehr druckschmerzhaft.
Röntgenuntersuchung des Magens und Duodenums und der Gallenblase ergeben keinen krankhaften Befund.

Operation: Medianschnitt, etwas über dem Nabel kleine Hernie mit Netzverwachsungen. Bauchhöhle eröffnet. Ein zweiquerfingerdicker Netzstrang zieht vom Epigastrium bis in die Ileocoekal-Gegend, wo die Appendix entfernt wurde. Der Netzstrang ist am

Coekum adherend, wird reseziert. Magen und Duodenum sowie Gallenblase o. B. Glatter Heilverlauf.

Fall 17:

Presser, 35 Jahre alt, vor vier Wochen plötzlich Schmerzen im Oberbauch, Beschwerden hauptsächlich 2—3 Stunden nach dem Essen, kein Nachtschmerz. Verdacht auf epigastrische Hernie.

Befund: Hinreichender Ernährungs- und Kräftezustand, unterhalb des Brustbeins wird ein geringer Druckschmerz angegeben.
Röntgenuntersuchung des Magens und Duodenums o. B.

Behandlung: Durch Diathermie wesentlich gebessert und entlassen.

Fall 18:

Arbeitsdienstmann, 23 Jahre alt, seit acht Jahren geringer Druckschmerz über dem Nabel, unabhängig vom Essen. Seit acht Tagen heftige Druckschmerzhaftigkeit an einem Punkt rechts vom Nabel lokalisiert.

Befund: Guter Ernährungs- und Kräftezustand. Druckschmerz an der beschriebenen Stelle.
Röntgenuntersuchung des Magens und Duodenums sowie chemische Untersuchung des Magensaftes o. B.

Operation: Medianschnitt, rechts vom Nabel pflaumengroße epigastrische Hernie, die mit der Umgebung leicht verwachsen ist. Bauchhöhle eröffnet. Appendix verdickt und subakut entzündet, wird exstirpiert. Etagennaht der Bauchdecken.

Fall 19:

Ingenieur, 66 Jahre alt, seit vielen Jahren im Oberbauch ein wallnußgroßer Knoten, ohne Beschwerden. Vor 14 Tagen plötzlich beim Gehen heftige Schmerzen in der Gegend des Knotens. Die Schmerzen strahlen in den Bauch und in die Brust aus.

Befund: Guter Ernährungs- und Kräftezustand, dicht unter dem Schwertfortsatz pflaumengroßer, fester, nicht druckempfindlicher Knoten. Röntgenuntersuchung des Magens und Duodenums o. B.

Operation: Mittellinienschnitt, drei Querfinger oberhalb des Nabels kleinwallnußgroße Hernie. Bauchhöhle öffnet. Magen, Duodenum, Gallenblase zeigen

keinen krankhaften Befund. Am elften Tage nach der Operation durch Lungenembolie Exitus.

Fall 20:

Kontoristin, 35 Jahre alt, seit zwei Wochen Schmerzen im Oberbauch, Hervortreten eines pflaumengroßen Tumors. Seitdem kein Appetit und öfter Uebelkeit.

Befund: Guter Ernährungs- und Kräftezustand. Oberhalb des Nabels pflaumengroßer Tumor zu tasten, der sehr druckempfindlich ist. Er läßt sich reponieren. Röntgenuntersuchung des Magens und Duodenums o. B. Röntgenologisch Verdacht auf Adhärenz.

Verlauf: Obwohl die Hernie sehr druckschmerzhaft ist und geringe Einklemmungserscheinungen aufweist, wird die Operation von der Patientin abgelehnt.

Fall 21:

Pflegerin, 38 Jahre alt, seit sechs Monaten kleine Geschwulst im Oberbauch, erst in den letzten Wochen stärkere Beschwerden.

Befund: Hinreichender Ernährungs- und Kräftezustand. Haselnußgroßer Bruch oberhalb des Nabels, sehr druckempfindlich.

Operation: Medianschnitt. Präperitoneales Lipom in der beschriebenen Größe. Bauchhöhle eröffnet. Magen, Duodenum und Gallenblase o. B. Die Appendix ist entzündlich verändert und wird exstirpiert. Beschwerdefrei entlassen.

Betrachten wir die 21 Fälle von epigastrischen Hernien ihrer Zusammensetzung dem Geschlecht nach, so ergibt sich, daß es zu 63 Prozent Männer und zu 37 Prozent Frauen sind.

Von den 21 epigastrischen Hernien kamen neunzehn zur Operation. Bei den nichtoperierten kann man das eine Mal (Fall 17) im Zweifel sein, ob es sich um eine epigastrische Hernie handelt. Im anderen Fall (Fall 20) wurde schon trotz deutlicher Einklemmungserscheinung die Operation vom Kranken abgelehnt. Bei den übrigen neunzehn Fällen fanden sich alle anatomischen Variationen, in denen die Hernien auftreten können. Fünf wiesen einen Bruchsack mit Inhalt auf, der zweimal aus Dünndarm, dreimal aus Netz bestand. Hier deckten sich Operationsbefund und klinische Erscheinungen, so daß diese Fälle keiner weiteren Erklärung bedürfen.

Bei vierzehn Fällen fanden sich zwölfmal präperitoneale Lipome, zweimal fand sich nur eine Lücke in der Bauchwand.

Bei diesen vierzehn epigastrischen Hernien fand sich nun in acht Fällen ein Befund in der Bauchhöhle, das ist in 56 Prozent der operierten Fälle.

Und zwar fand sich: dreimal ein Ulcus, viermal Appendicitis, einmal ein Gallenblasenstein.

Angesichts dieses Ergebnisses erhebt sich die Frage: War es möglich, schon auf Grund der Anamnese des Befundes und der klinischen Untersuchungsmethoden in jedem Falle den zu erwartenden Bauchhöhlenbefund vorherzusagen?

Bei den epigastrischen Hernien (Fall 7, 14, 15), bei denen ein Ulcus nach Eröffnung der Bauchhöhle gefunden wurde, könnten wir diese Frage am ehesten bejahen. Einmal auf Grund der Anamnese, die im kürzesten Fall annähernd ein Jahr Klagen über Beschwerden von seiten des Magens aufwies, hauptsächlich aber sprach der reduzierte Allgemeinzustand für eine Beteiligung dieses Organes.

Wo nicht nach Befund, Untersuchungsmethoden eine Beteiligung der inneren Organe ausgeschlossen werden konnte, wurde die Bauchhöhle eröffnet. Dabei zeigte sich in vier Fällen der Wurmfortsatz entzündet, einmal wurde ein Solitärstein in der Gallenblase gefunden.

Diese Zahlen sprechen eine eindeutige Sprache. Mag daher hin und wieder eine unbedeutende Hernie auf neurasthenischer Grundlage zu übersteigerten Klagen Anlaß geben, eine 50prozentige Wahrscheinlichkeit eines Bauchhöhlenbefundes verpflichtet uns zu einer gewissenhaften Fragestellung, ob wir die Laparatomie vorzunehmen haben oder nicht.

Kommt ein Patient mit einer epigastrischen Hernie in ärztliche Behandlung, so muß mit allen Mitteln der Diagnostik, Erhebung einer sehr sorgfältigen Vorgeschichte usw. auf ein intraabdominelles Leiden gefahndet werden. An erster Stelle steht die Palpation immer wiederkehrender Druckschmerzen an einer bestimmten Stelle, Fragen nach kolikartigen Schmerzen, dumpfem Druck in der Gallenblasengegend, Verdauungsbeschwerden, Magenbeschwerden, Hungerschmerzen usw. In jedem auch nur zweifelhaften Fall ist die Röntgenuntersuchung des Magens und der Gallenblase sowie chemische Untersuchung, Röntgenuntersuchung des Wurmfortsatzes geboten.

Aber selbst wenn alle derartigen Untersuchungsmethoden negativ sind, ist es richtig, bei der Operation der epigastrischen Hernie die Bauchhöhle zu eröffnen und die Organe kurz zu revidieren. Bei einem Krankheitsbefund muß man nach den Regeln der Chirurgie verfahren. Sind alle inneren Organe ge-

sund, so muß die Mittellinie durch eine verläßliche Naht wieder hergestellt werden, d. h. die Recti müssen mit Seidennähten vereinigt werden, nachdem das präperitoneale Lipom exstirpiert ist und ein etwa vorhandener Bruchsack reseziert ist. Hat man innerhalb der Bauchhöhle eine Operation durchgeführt, bei der der Darmtractus eröffnet wurde, ist es empfehlenswerter, die Recti mit durchgreifenden Stütznähten und versenkten Catgutnähten zu vereinigen, weil bei derartigen Operationen unter Umständen eine Infektion einer Bauchdeckennaht mit Seide zu langjährigen Fisteln führen kann.

Zusammenfassung:

Es wurde zuerst die wachsende Erkenntnis von der klinischen Bedeutung der epigastrischen Hernien in einem kurzen historischen Ueberblick dargestellt. Sodann wurde an Hand von 21 Fällen epigastrischer Hernien auf die Häufigkeit der Befunde in der Bauchhöhle hingewiesen. Bei vierzehn Fällen, davon zwölf nur präperitonale Lipome, ergab sich eine Beteiligung der inneren Organe in 56 Prozent der Fälle. Es fand sich dreimal ein Ulcus, viermal Apendicitis, einmal Cholelithiasis.

Abschließend wird gefordert, da sich bei einer Zahl von Fällen weder durch die Erhebung einer genauen Anamnese noch durch klinisch-chemische und Röntgenuntersuchung ein intraabdominelles Leiden mit Sicherheit ausschließen läßt, bei jeder Operation der epigastrischen Hernie die Bauchhöhle zu eröffnen und die Organe kurz zu revidiren.

Am Schluß der Arbeit möchte ich mir gestatten, Herrn Prof. Dr. Nordmann für die Ueberlassung des Themas und für die gütigen Anregungen meinen besten Dank auszusprechen.

Literaturverzeichnis.

1. Richter: „Abhandlung von den Brüchen". Göttingen 1788, S. 679.
2. Vidal: „Traité de Pathologie externe" t. IV, 1851.
3. Witzel: „Ueber den medianen Bauchbruch", Volkmanns Sammlung klinischer Vorträge, 1890, Nr. 10.
4. Kelling: „Nervöser Reizzustand des Magens bei Hernia epigastrica." Wiener medizinische Wochenschrift 1900.
5. Bogajewski: „Ueber die Hernien der weißen Bauchlinie". Ref. Centralblatt f. Chir. 1901, Nr. 16.
6. Lindenstein: „Zur Lehre von der Hernia epigastrica", Bruns Beiträge zur klinischen Chirurgie 1908, Band 57,
7. Capelle: „Dauerresultate nach Operationen der Hernia epigastrica", Bruns Beiträge zur klinischen Chirurgie 1909, Band 63.
8. Melchior: „Die Hernia epigastrica und ihre klinische Bedeutung", Berliner klin. Wschrft. 1920 Nr. 11.
9. Naegeli: „Hernia epigastrica und properitoneales Lipom der Linie alba in ihrer Bedeutung und Bewertung bei abdominalen Schmerzen und Störungen", Zentralblatt f. Chir. 1920 Nr. 28.
10. Smidt: „Ueber die pathologischen Beziehungen zwischen den ulcerösen Prozessen am Magen und Duodenum und epigastrischen Hernien." A. f. kl. Chirurgie 1922 CXX.
11. Eggers: „Die Hernia epigastrica", Chirurgie (Kürschner-Nordmann) 1927 Band 5.

Lebenslauf.

Ich bin am 30. März 1913 in Hanau a. M. als Sohn des Regisseurs und Spielleiters Josef Christe - Christean geboren.

Von Ostern 1919 bis Ostern 1926 besuchte ich das Johannes-Gymnasium zu Breslau. Von Ostern 1926 bis Ostern 1931 das Stadtgymnasium in Königsberg i. Pr., wo ich die Reifeprüfung bestand.

Ab Sommersemester 1931 studierte ich an den Universitäten Freiburg, Berlin und Rostock Medizin. In den Jahren 1933—1934 mußte ich mein Studium aus wirtschaftlichen Gründen unterbrechen.

Von Ende 1934 konnte ich mein Studium als Werkstudent in Berlin fortsetzen, wo ich im Juni 1938 das Staatsexamen bestand.

Das erste halbe Jahr meines praktischen Jahres verbrachte ich an der Chirurgischen Abteilung des Martin-Luther-Krankenhauses unter Professor Dr. Nordmann, die zweite Hälfte an der 3. Medizinischen Universitätspoliklinik unter Professor Dr. Unverricht.

Am 25. Juni 1939 erfolgte meine Bestallung als Arzt.

Alexander Christe.